

ARTICLE ORIGINAL

PÉRITONITES AIGÜES GÉNÉRALISÉES DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE B DU CHU DU POINT G: 300 CAS

GENERALIZED ACUTE PERITONITIS IN THE DEPARTMENT OF SURGERY B IN CHU DU POINT G: 300 CASES

D TRAORÉ^{1,2,3}, F SISSOKO^{1,3}, S DIALLO^{1,3}, B COULIBALY^{1,3}, B TOGOLA^{1,3}, N ONGOÏBA^{1,3},
AK TRAORÉ dit DIOP^{1,3}, AK KOUMARÉ^{1,2,3}.

1. Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie, Université de Bamako, Bamako, Mali,

2. Institut Africain de Formation en Pédagogie, Recherche et Evaluation en Sciences de la Santé (IAFPRESS) – Quartier du Fleuve – Bamako, BP 05 Koulouba, Mali,

3. Service de chirurgie B, CHU du Point G

RÉSUMÉ

But: décrire les aspects épidémiolo- cliniques, paracliniques, étiologiques et thérapeutiques des péritonites aiguës généralisées.

Méthodologie: Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur les dossiers des patients opérés pour péritonite aiguë généralisée dans le service de chirurgie B du CHU du Point G entre 2004 et 2008 (5 ans)

Résultats: Nous avons colligé 300 cas de péritonites aiguës généralisées parmi lesquels 273 étaient de sexe masculin. L'âge moyen était de 26,4 ±14,2 ans. Les péritonites aiguës généralisées ont représenté 14,2 % des patients opérés. Le tableau clinique était marqué essentiellement par des douleurs abdominales (100 %), des vomissements (76 %), une fièvre (64 %), une défense abdominale (57,3 %), une contracture abdominale (35,7 %) et une douleur du Douglas (80,3 %). L'examen complémentaire réalisé dans les cas douteux était surtout l'échographie abdominale qui a objectivé un épanchement intra péritonéal chez 45 patients sur 50. Les principales étiologies étaient la perforation intestinale d'origine typhoïde (34,3 %), la péritonite appendiculaire (25 %), la perforation d'ulcère gastrique ou duodénal (21,7%). Les principales techniques opératoires étaient la suture de la perforation (51,4 %), l'appendicectomie (25 %). Nous avons noté un taux de morbidité de 12,6 % et un taux de mortalité de 4,7 %.

Conclusion: Les péritonites aiguës, affectent surtout les jeunes en milieu tropical. Les étiologies sont multiples et variées. Les principaux facteurs pronostiques actuels sont le retard diagnostique et l'insuffisance de moyens de réanimation.

Mots clés: chirurgie, péritonites aiguës, urgence.

SUMMARY

Objective: To describe the epidemiological, clinical, paraclinic, etiologic and therapeutic aspects of the generalized acute peritonitis.

Method: It was about a retrospective study relating to the files of the patients operated for generalized acute peritonitis in the department of surgery B of CHU Point G from 2004 to 2008.

Results: We collected 300 cases of generalized acute peritonitis including 273 men. The mean age was 26.4 years±14.2. The acute peritonitis accounted for 14.2% of the operated patients. The clinical picture was primarily marked by abdominal pain (100%), vomiting (76%), fever (64%), an abdominal guarding (57.3%) or contracture (35.7%) and a pain of Douglas (80.3%). The complementary examination carried out in the doubtful cases was the abdominal ultrasonography which objectified a collection in 45 patients (among 50). The principal etiologies were typhoid perforation (34.3%), acute appendicitis (25%), perforation of gastric or duodenal ulcer (21.7%). The principal procedures were the suture of the perforation (51.4%), appendicectomy (25%). We noted a rate of morbidity of 12.6% and a death rate of 4.7%.

Conclusion: The generalized acute peritonitis, assign especially the young people in tropical area. The causes are multiple and varied. The current prognosis factors are the diagnostic delay and the insufficiency of means of reanimation.

Key words: surgery, acute peritonitis, emergency.

Tirés à part:

Drissa Traoré, service de chirurgie B, CHU du Point G, BP : 33 Bamako
e-mail: idriss3@yahoo.fr ou traored2003@yahoo.fr

INTRODUCTION

Les péritonites aiguës généralisées constituent une urgence vitale nécessitant une hospitalisation et une prise en charge thérapeutique rapide [1]. Leur pronostic reste lié à l'étiologie, au terrain ainsi qu'à la précocité du traitement [1]. Au Burkina Faso, Sanou [2] en 1999 a remarqué dans son étude que l'arrivée tardive des malades à l'hôpital couplée à des interventions longues et complexes ont contribué à une augmentation de la mortalité. Au Mali, Sissoko [3] en 2003 dans son étude sur les péritonites par perforation iléale en chirurgie B de l'hôpital du Point G a trouvé une mortalité globale à 16,2%.

Par ce travail, nous avons donc voulu faire le point sur une pathologie dont la mortalité demeure élevée dans notre pratique, en décrivant ses aspects épidémiologiques, cliniques, para cliniques, étiologiques et thérapeutiques.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur les péritonites aiguës généralisées opérées dans le service de chirurgie B du CHU du Point G de janvier 2004 à décembre 2008 (5 ans). Pour chaque patient les éléments suivants ont été pris en compte: les données sociodémographiques, les paramètres cliniques et para cliniques, le diagnostic, les données thérapeutiques, les suites opératoires.

L'inclusion portait sur les patients dont le diagnostic de péritonite aiguë généralisée reposait sur les arguments cliniques et para cliniques avec une confirmation à l'intervention chirurgicale.

Nous avons exclu les cas de péritonites post opératoires.

RÉSULTATS

Données épidémiologiques

Nous avons enregistré 300 cas de péritonites aiguës généralisées parmi lesquels 273 étaient de sexe masculin (74,3 %) soit une sex-ratio de 10,11. L'âge moyen était de $26,4 \pm 14,2$ ans (extrêmes 7 et 76 ans). Les patients opérés pour péritonites aiguës généralisées ont représenté 14,2% de l'ensemble des interventions effectuées (n=2107), 29 % des interventions effectuées en urgence (n=1038).

Données cliniques

Les patients étaient reçus en urgence dans 98,3 % et en consultation ordinaire dans 1,7 % des cas. La douleur abdominale diffuse a été notée chez 100 % des patients. Les vomissements étaient présents chez 228 patients (76 %). La fièvre était présente chez 192 patients (64 %).

La distension abdominale a été notée dans 155 cas (51,7%). La contracture abdominale était présente chez 107 patients (35,7 %), l'apnée abdominale chez

180 patients (60%), la défense abdominale chez 172 patients (57,3%), le silence abdominal chez 92 patients (30,7 %). Le cul de sac de Douglas était douloureux dans 241 cas (80,3 %), bombé dans 177 cas (59 %).

Données paracliniques

L'échographie a été réalisée chez 50 patients et avait objectivé un épanchement liquidien intra abdominal chez 45 patients (90 %). L'examen bactériologique du pus a été effectué chez 6 patients et avait mis en évidence *Escherichia Coli* dans 5 cas et le staphylocoque dans 1 cas. La sérologie de Widal faite chez 13 patients est revenue positive chez 10 patients (soit 76,9%).

Données étiologiques

La perforation gastrique a été observée dans 21 cas (7 %), la perforation duodénale dans 45 cas (15 %), la perforation jéjunale dans 5 cas (1,7 %), la perforation iléale dans 111 cas (37 %), l'origine appendiculaire dans 75 cas (25 %), l'origine génitale interne chez la femme dans 16 cas (5,3 %). En outre, la vésicule biliaire, le foie, la rate, le caecum, le sigmoïde et une origine primitive étaient en cause dans 27 cas (9 %).

Données thérapeutiques

Tous ont eu une réanimation adaptée à la sévérité du tableau clinique. La réanimation a associé un rééquilibrage hydroélectrolytique (ringer lactate, sérum salé 0,9%, sérum glucosé 5 %), une bi-antibiothérapie (ciprofloxacine + métronidazole), un traitement antalgique.

Une laparotomie médiane était la voie d'abord chez l'ensemble de nos patients. Nous avons procédé à une excision suture de la perforation dans 154 cas (51,4 %), une résection-anastomose iléale dans 7 cas (2,3%), une iléostomie dans 21 cas (7 %), une appendicectomie dans 75 cas (25 %).

Les suites opératoires à 1 mois ont été simples dans 248 cas (82,7 %). La morbidité a été de 12,6 % (38/300) et a concerné 9 cas (3 %) de suppuration pariétale, 4 cas (1,3 %) d'éviscération, 7 cas (2,3 %) de fistule digestive, 4 cas (1,3 %) de thrombophlébite du membre inférieur, 6 cas (2 %) de péritonite post opératoire. La mortalité a été de 4,7 % (24/300).

DISCUSSION

Aspects épidémiologiques

Les péritonites aiguës généralisées occupent une place de choix en pathologie chirurgicale d'urgence. Le taux de 29 % dans notre étude est similaire au 28,8 % de Harouna [4] au Niger mais supérieur au 3 % de Lorand [5] en France. Cette différence pourrait être expliquée d'une part par la fréquence élevée des maladies infectieuses (fièvre typhoïde) en Afrique et d'autre part par le fait que tous les malades opérés dans la série de Lorand [5] l'ont été par laparoscopie et ont dû faire l'objet d'hyper sélection.

Les patients de notre série étaient relativement jeunes (âge moyen de 26,4 ans), tout comme dans la série de Harouna [6] au Niger. Cougard [7] en France a rapporté un âge moyen plus avancé. Ceci pourrait être expliqué par le jeune âge de notre population, la fréquence de certaines pathologies chez le sujet jeune en Afrique (complications de la fièvre typhoïde, de l'appendicite et des ulcères gastro-duodénaux). Nous avons trouvé 74,3 % d'hommes. Cette tendance est rapportée par plusieurs auteurs [8-10] selon lesquels la péritonite survient plus fréquemment chez l'homme que la femme.

Aspects cliniques

La douleur abdominale a été trouvée chez tous nos malades. Elle reste le signe fonctionnel dominant selon plusieurs auteurs [3, 11, 12,]. Les vomissements étaient présents chez 76 % des patients; Kunin [13] en France a rapporté les vomissements chez 81 % des patients. Ces vomissements sont l'expression de l'iléus paralytique et sont responsables en partie de la perte liquidienne entraînant déshydratation et troubles électrolytiques. La fièvre habituellement élevée dès le début (sauf les perforations duodénales) a été notée chez 64% de nos malades. Ceci est conforme au résultat de Kouamé [14] en Côte d'Ivoire en 2001.

L'examen physique est le plus souvent l'élément capital dans la prise de décision thérapeutique. Lorsqu'il est réalisé de façon correcte et attentive, il permet au chirurgien de se passer des examens complémentaires pour poser l'indication opératoire devant l'existence de certains signes physiques objectifs tels que la contracture abdominale (ou la défense) qui est le signe physique majeur [15]. La contracture a été notée chez 35,7 % de nos patients. Ce taux varie entre 30 % et 81 % selon les auteurs [6, 16]. Cette différence pourrait être liée aux étiologies, au retard de consultation. L'apnée abdominale traduit l'attaque péritonéale. C'est un symptôme plus fréquemment rencontré [17]. Elle a été trouvée chez 60 % de nos patients. Ce taux est conforme à celui de Kunin N. [13] en France 1991. La douleur dans le cul de sac de Douglas a été notée chez 80,3 % de nos patients. Ceci diffère statistiquement des 26% de Kunin N [13]. Cette différence pourrait être liée au stade tardif d'évolution de la maladie dans notre cas.

Aspects paracliniques

Les examens para cliniques (imagerie médicale, biologie) sont utiles pour dépister les causes ou les complications de la péritonite mais ne doivent pas retarder le traitement chirurgical [1].

Escherichia Coli a été le germe le plus fréquemment rencontré. Ceci est conforme aux résultats de Kouamé [14] en Côte d'Ivoire.

Aspects étiologiques

Dans notre série, tout comme dans celle de Harouna [4] les 3 principales étiologies étaient la fièvre typhoïde, l'appendicite aiguë et l'ulcère gastrique ou duodénal. Büchler [18] en Allemagne a trouvé le diverticule colique, l'ulcère gastrique ou duodénal et l'appendicite aiguë.

Ces mêmes pathologies sont notées dans les séries africaines [6] sauf la diverticulose intestinale qui est rarement diagnostiquée chez les Africains à cause de la rareté de cette pathologie en Afrique. En revanche, la fièvre typhoïde est rare en Europe mais fréquente en Afrique. Elle est liée aux conditions d'hygiène précaires.

Aspects thérapeutiques

Le traitement médical a consisté en une réanimation qui constitue un élément important dans la prise en charge des péritonites aiguës, elle vise à corriger les troubles hydro électrolytiques et hématologiques [15]. Dans notre série, cette réanimation consistait essentiellement à faire un rééquilibrage hydro-électrolytique et à administrer des antibiotiques.

L'excision-suture a été l'acte chirurgical le plus pratiqué dans notre série (51,4 %). Dieng [19] au Sénégal a rapporté 35,8 % de suture simple. L'attitude thérapeutique face à une péritonite aiguë dépend de la constatation per-opératoire faite par le chirurgien.

L'évolution postopératoire des péritonites aiguës peut être émaillée de complications, parmi celles-ci nous avons :

- la suppuration pariétale présente chez 3 % des patients; des taux plus élevés (entre 17% et 27%) sont rapportés dans les séries africaines [3, 6]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que la préparation du site opératoire était systématique chez nos malades et la paroi était protégée du pus avec un champ de bordure.

- La fistule digestive rencontrée chez 2,3 % des patients, favorisée par l'importance de la septicité péritonéale et l'altération de l'état général [15].

La mortalité de 4,7 % reste relativement élevée mais en nette amélioration par rapport à la série de Sissoko [3].

CONCLUSION

Les péritonites aiguës généralisées affectent surtout les jeunes en milieu tropical et occupent une place très importante parmi les urgences chirurgicales. Les étiologies sont multiples et variées. Les principaux facteurs pronostiques actuels sont le retard diagnostique et l'insuffisance de moyens de réanimation.

RÉFÉRENCES

1. Jean YM, Jean LC. Péritonite aiguë. Rev Prat (Paris) 2001 ; 51 : 2141 – 45.
2. Sanou D, Sanou A, Kafando R. Les perforations iléales d'origine typhique : difficulté diagnostique et thérapeutique (à propos de 239 cas).-Burkina Med 1998 ; 1(2):17-20.
3. Sissoko F, Ongoïba N, Bereté S. Les Péritonites par perforation iléale en chirurgie « B » de l'hôpital du Point « G ». Mali Médical 2003 ; T 18 (1;2) : 22 - 24.
4. Harouna YD. Deux ans de chirurgie digestive d'urgence à l'hôpital national de Niamey (Niger) : Etude analytique et pronostique. Méd Afr Noire 2001 ; 48 (2).
5. Lorand I, Malinier N. Résultats du traitement coelioscopique des ulcères perforés. J Chir Paris 1999 ; 124 : 149-53.
6. Harouna YD, Abdou I, Saibou B. Péritonites en milieu Tropical : Particularités Étiologiques et facteurs pronostiques actuels : A propos de 160 cas. Méd Afr Noire 2001 ; 48 (3) : 103 – 105.
7. Gougard P, Barrat C. Le traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Résultats d'une étude rétrospective multicentrique. Ann Chir 2000 ; 125 : 726 – 31.
8. Adesunkanmi A. Acute Generalized Peritonitis in African Children: Assessment of severity of illness using modified APACHE II Score. J Surg 2003 ; 73 (5) : 275 – 9.
9. Addis DG. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in United States Am J Epid 1990 ; 132 : 910p.
10. Akgun Y- Typhoid enteric perforation. Br J Surg 1995 ; 82 : 1512 – 13.
11. Ribault L. Intubation iléo Colique droite après résection de l'iléon terminal pour Péritonite généralisée secondaire à une perforation iléale. J Chir 1990 ; 116 : 216 – 228.
12. Mallick S, Klein JF. Conduite à tenir face aux perforations du grêle d'origine typhique : A propos d'une série observée dans l'Ouest Guyanais: Méd Trop 2001 ; 61 : 491 – 94.
13. Kunin N, Letoquard JP. Facteurs pronostiques des péritonites du sujet âgé : Analyse Statistique multifactorielle de 216 observations J Chir (Paris) 1991 ; 128 : 481-86.
14. Kouamé B. Aspects diagnostiques, Thérapeutiques et pronostiques des perforations typhiques du grêle de l'enfant à Abidjan, Côte d'Ivoire. Bull Soc Pathol Exot 2001 ; 94 (5) : 379 – 82.
15. Fagniez PL, Serpeau, Thomson C. Péritonites aiguës: Encycl Med J Chir Estomac – Intestin 1982 ; 9045 A 10, 6.
16. Alamowitch B- Traitement laparoscopique de l'ulcère duodénal perforé. Gastro enterol Clin Biol (Paris) 2000 ; 24 : 1012 – 17.
17. Mondor H. Diagnostics Urgents abdomen 2è Edition 1979 ; 1119 : 25 cm.
18. Büchler MV. Chirurgische Therapie der diffusen peritonitis: J Chirurg 1997 ; 68 : 811 – 815.
19. Dieng M, Ndiaye AI, Ka O, Konaté I, Dia A, Touré C.T et al- Aetiology and therapeutic aspects of generalized acute peritonitis of digestive origin. A survey of 207 cases operated in five years. Mali Médical 2006 ; N°4 : 47- 51.